

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ		CC:	71658146
CORREO ELECTRÓNICO:	arfecond@gmail.com		TELÉFONO:	3134321600
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 67 68F 38		CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	SCOTIABANK COLPATRIA SA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA: 4802123269

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6412 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.228.260
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/09/23	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ
 PS_6412_2025_4D65A0

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ
CC: 71658146
CEL: 3134321600

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ

CON C.C N°

71.658.146

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EN MARCO DEL CONVENIO 7120405 2024 APH .
-----------------------------	---

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6412 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/09/23
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 2.923.011	No. HORAS EJECUTADAS	132
-----------------------------------	--------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 2.923.011	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.228.260
---	--------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	UN (MES) Y OCHO (08) DIAS
--	---------------------------

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SAN BLAS
--	-------------------

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
-------------------------------	----------------------------------

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)
-------------	--

- | | |
|----|--|
| 1 | Presté servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad. oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente. |
| 2 | Realicé los 18 desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE. |
| 3 | Mantuvé la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. |
| 4 | Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional. |
| 5 | Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E. |
| 6 | Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. |
| 7 | Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutive en la atención Pre Hospitalaria. |
| 8 | Reporté los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte) |
| 9 | Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades |
| 10 | Di trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual. |
| 11 | Atendi las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades |
| 12 | Atendi las indicaciones del líder de la tripulación (médico en las unidades móviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al médico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado. |
| 13 | Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional |
| 14 | Asistí a la capacitación brindada el 15 de octubre del 2025 sobre Funciones de veeduría |
| 15 | Revicé de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyé al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas. |
| 16 | Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE. |
| 17 | Realicé el registro 11 preoperacionales adecuados y oportunos junto con el reporte al tecnólogo automotriz Miguel Angel Sotelo encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo. |
| 18 | Estuvé presente en el momento de 11 entregas y recibos de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto. |

19	Efectué el diligenciamiento de 11 preoperacionales del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta, documentación y accesorios de seguridad vial.
20	Participé en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. (Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)
21	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405-2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 0	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANTAS	2025/10/01	\$ 0
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/10/01	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/01	\$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
- 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pensión, rut)
- 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
- 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA



ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ

PS_6412_2025_4D65A0

ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ

CC: 71658146

FIRMA DE QUIEN VALIDA



CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ

PS_6412_2025_4D65A0

CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ

SUPERVISOR ALTERNO



JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ

PS_6412_2025_4D65A0

JOSE OCTAVIANO BARRERA GUTIERREZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

**FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Arley Fernando Gonzalez Rodriguez, identificado(a) con CC número 71658146, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 71658146
NOMBRES Y APELLIDOS	Arley Fernando Gonzalez Rodriguez
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	13/02/1965
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/1995
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	950 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	30/04/2002
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

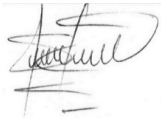
CEDULA DE CIUDADANIA 71658146 Trabajador Independiente
Desde 01/10/2020 - Vigente

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **71658146**, se encuentra afiliado/a desde **01/11/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de octubre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Medellín, 23 de octubre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ identificado(a) con C71658146 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C716581462529634105

SCOTIABANK COLPATRIA S.A
NIT. 860.034.594-1

CERTIFICA QUE:

La cuenta de ahorros No. 4802123269 , con fecha de apertura 11 de Octubre de 2006 , presenta un saldo a la fecha de \$ 187,88 de la cual es titular:

El (la) señor(a): ARLEY FERNANDO GONZALEZ RODRIGUEZ
Identificado(a) con tipo de documento C No. 71.658.146

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 3 días del mes de Octubre de 2025 .

Cordialmente,



Servicio al Cliente

Scotiabank Colpatria S.A.

www.scotiabankcolpatria.com

 **Scotiabank**  **COLPATRIA**